EMPLOI
DES
RONDELLES DE GÉLATINE
POUR L'OCCLUSION DE LA PLAIE CORNÉENNE
APRÈS L'EXTRACTION DE LA CATARACTE

PAR

LE Dr X. GALEZOWSKI

MÉMOIRE LU A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE LE 6 OCTOBRE 1885

PARIS
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108
Au coin de la rue Hautefeuille

1886

EMPLOI

DES RONDELLES DE GÉLATINE

POUR L'OCCLUSION DE LA PLAIE CORNÉENNE APRÈS L'EXTRACTION DE LA CATARACTE

Par le Dr GALEZOWSKI

MÉMOIRE LU A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, LE 6 OCTOBRE 1885

L'opération d'extraction de la cataracte a fait dans ces derniers temps de très grands progrès, et les résultats que nous obtenons actuellement sont on ne peut plus satisfaisants, car les insuccès ne s'observent que dans des cas tout à fait exceptionnels, par exemple à la suite de contusions, de coups que les malades se donnent après l'opération, ou quand l'opération est faite chez des individus très affaiblis.

Le succès de l'opération dépend, incontestablement, du mode opératoire aussi bien que des soins consécutifs et du pansement post-opératoire.

Depuis les travaux de Jacobson, de Mooren et de de Græfe, les ophtalmologistes du monde entier ont adopté le principe, émis par les éminents auteurs allemands, qu'il fallait dans l'extraction de la cataracte exciser l'iris, car on prévenait de cette façon, disait-on, la suppuration du lambeau cornéen. En pratiquant l'incision soit dans le limbe périphérique scléro-cornéen, soit dans la sclérotique elle-même, on cherchait à donner à la plaie la forme presque linéaire, facile à la coaptation.

Telle était l'opinion qui régnait dans la science ophtalmologique, et qui est partagée, jusqu'à présent, par la majorité des chirurgiens.

J'ai été le premier qui, en 1882, ai eu l'idée de revenir à l'extraction sans excision de l'iris et d'éloigner l'incision de la sclérotique, en la plaçant tout entière dans la cornée. J'ai été amené à adopter ce mode opératoire en voyant les suppurations survenir après l'extraction de la cataracte, malgré l'excision de l'iris faite soit quelque temps avant l'opération, comme le conseillait Mooren, soit pendant l'extraction de la cataracte elle-même. Les résultats de mon procédé opératoire ont été bien plus satisfaisants que dans la méthode de de Græfe, c'est ce que j'ai démontré dans mon Mémoire lu à la Société de chirurgie en 1882, ainsi que dans mes travaux présentés à la Société française d'ophtalmologie et au Congrès des chirurgiens français. Mon appréciation est basée aujourd'hui sur 653 cataractes que j'ai opérées par cette méthode depuis août 1882.

Dans les précédents mémoires j'ai cherché à démontrer trois points importants, et sur lesquels j'insiste aujourd'hui plus que jamais :

1° Que si j'abandonne la méthode allemande pour adopter les principes de la méthode française, il y a, dans mon incision et dans ma manière d'agir, d'autres conditions tout à fait particulières d'exécution, qui me permettent de considérer ce procédé comme mon procédé spécial;

2° Que l'excision de l'iris ne peut pas et ne doit pas être abandonnée complètement, mais qu'elle doit être réservée pour des cas tout à fait exceptionnels, tels que, par exemple, lorsque l'iris présente des adhérences, des synéchies postérieures, lorsque le cristallin est luxé ou à noyau flottant, lorsque la capsule est opaque et qu'elle doit être extraite en même temps que la lentille;

3° Que le résultat de l'opération dépend tout autant de la manière dont elle est exécutée que du pansement post-opératoire.

Dans un travail que je prépare actuellement, et qui fait

suite à mes études sur les cataractes en général, je développerai successivement toutes les questions qui se rapportent aux deux premières questions.

Ma troisième proposition, qui se rapporte au pansement post-opératoire, joue un rôle très important, comme je viens de le dire plus haut, et a attiré depuis longtemps mon attention. J'ai cherché constamment à me rendre compte de la cause qui pourrait amener chez certains individus, et sans aucune raison plausible, la suppuration de la plaie. Les conditions hygiéniqnes générales, l'état de l'atmosphère, la constitution morbide, tout a été analysé, compulsé successivement, mais rien ne pouvait expliquer ces accidents qui survenaient quelquefois là où on pouvait les attendre le moins.

Me rapportant aux principes de Pasteur, que la suppuration ne pouvait se produire que par un empoisonnement de la plaie par des microbes, j'ai pensé que les larmes pouvaient peut-être contenir, même dans les conditions normales de la vie, des microbes, et que, dans certaines conditions pathologiques, ils pouvaient se multiplier et, mis en contact avec la plaie cornéenne, infecter cette dernière et amener sa suppuration. Cette question ne pouvait être élucidée que par des études microscopiques très minutieuses des larmes. J'ai chargé un de mes élèves, M. Salterain, qui a bien voulu s'y prêter, de faire une étude complète sur la composition microscopique des larmes. Il l'a faite avec le concours gracieux de M. Henri Poucq, interne des hôpitaux, et voici les résultats de leurs premières recherches, tels qu'ils ont été rédigés par les auteurs eux-mêmes.

« *Recherches microscopiques sur le micrococcus des larmes.* — Le résultat des *premières expériences* que nous avons faites à la Clinique d'accouchements pour l'étude des larmes au point de vue microbiologique, et qui ont besoin d'être répétées et contrôlées, est résumé de la façon suivante :

» L'examen direct des larmes, au microscope, n'ayant donné aucun résultat positif, nous prenons une goutte en la

déposant dans des ballons de culture employés pour ces expériences.

» Trois jours après, le bouillon devient trouble, et en examinant au microscope ce liquide, nous trouvons dans presque tous les cas (trois ont été douteux) : *monococcus*, *diplococcus* et *masses de zooglée*. Dans un des ballons, nous avons aussi constaté quelques longues *chaînettes* bien développées.

» Le nombre d'expériences a été de quatorze, et nous avons trouvé toujours, sauf dans trois cas douteux, les mêmes éléments. Les inoculations faites avec le liquide de culture dans les conjonctives de quatre cobayes et trois lapins, il y a sept jours, ont été négatives.

» Les inoculations faites dans nous-mêmes n'ont donné aucun résultat, vingt-quatre heures après l'expérience.

» Poursuivant ces études, récemment commencées, et qui ont besoin de contrôle, nous n'arrivons, *pour l'instant*, à aucune conclusion, et réellement nous anticipons ces quelques aignes, cédant aux sollicitations de M. Galezowski. »

Nous devons conclure de ces recherches, que les mêmes bacilles, qui ont été observés dans les ophtalmies purulentes et dans le pus du sac lacrymal de la dacryocystite, existent quoique en moindre quantité dans les larmes saines. Les travaux récents de Schmidt-Rimpler[1] et de Sattler ont démontré que le pus du sac lacrymal contient des formes très variées de micro-organismes. L'existence donc des bacilles dans les larmes saines, comme dans les larmes mélangées avec le pus du sac lacrymal, n'est point douteuse aujourd'hui. On comprend, dès lors, que si ces microbes se multiplient pendant que les paupières sont fermées, et que la sécrétion de la muqueuse oculaire et du sac augmente et ne s'échappe pas au dehors, la plaie cornéenne, restant alors béante et lubréfiée par les larmes plus ou moins altérées, subit une imbibition et une imprégnation de cette dernière;

1. Schmidt-Rimpler, Homhant. — *Impfungen zur Prüfung der Einwirkung von Cocaïn, sublimata aqua chlori auf infectioses Thränen sahsieret*, in *Archiv f. Augenheilkunde*, 1885, Bd. XV, p. 295.

les micrococcus pénètrent dans la plaie et y développent une irritation, une infection de ses bords et une suppuration avec toutes ses conséquences.

Pour remédier à ce danger, j'ai cherché à asperger l'œil pendant et après l'opération avec le spray phéniqué qui pouvait certainement diminuer la prédisposition à la multiplication des germes microbiques. J'ai employé, à l'exemple d'autres auteurs, le pansement antiseptique à l'acide borique, à l'acide phénique et au sublimé; mais tous ces moyens peuvent être utiles si on les met en contact permanent avec la plaie, tandis qu'ils perdent forcément leur action dès que l'œil se trouve fermé et les paupières comprimées avec le bandeau. Et, en effet, les accidents suppuratifs se produisaient malgré toutes ces précautions prises, moins souvent, il est vrai, que dans les pansements anciens.

Après toutes ces tentatives infructueuses, dirigées spécialement contre les microbes qu'on essayait de détruire, j'ai pensé qu'il y aurait plus d'avantage à chercher à garantir la plaie contre la pénétration des bacilles lacrymaux et à favoriser la cicatrisation par première intention.

Appliquer une matière agglutinative directement sur la plaie cornéenne, tel était le but que je m'étais proposé d'atteindre. Le problème était difficile à résoudre, car il fallait trouver une substance collante et qui n'irrite pas par son contact ni la cornée ni la conjonctive.

Après de nombreuses études, je suis parvenu à composer une sorte de taffetas gélatineux, qui est supporté parfaitement bien par l'œil, qui adhère à la plaie, fond peu à peu sur place et disparaît au bout de huit à douze heures. Cette préparation n'est autre que des feuilles de gélatine bien lisses, bien souples, et qui sont préparées pour moi par M. Wurtz, pharmacien.

Les feuilles de gélatine, pour qu'elles puissent être employées avec avantage et rester sur place un temps suffisamment long, doivent avoir une certaine épaisseur. Celles dont je me sers habituellement sont de 1/4 millimètre, mais je pense qu'on pourra encore augmenter leur épaisseur.

Pour que la gélatine puisse être mieux supportée par l'œil, j'ai fait recouvrir les deux surfaces avec une solution concentrée de cocaïne et, de plus, j'y ai fait joindre une solution faible de sublimé, dans la proportion de $0^{gr},25$ p. 1000. En outre, une face de ces plaques est recouverte d'une couche de glu, qui la fixe légèrement à la cornée et l'empêche de se déplacer par le frottement des paupières. En calculant bien la quantité de sublimé et de cocaïne employée pour la préparation des feuilles de gélatine, nous pouvons dire qu'un carré d'un centimètre et demi de la feuille contient pour les deux côtés à peu près $0^{gr},01$ de chlorhydrate de cocaïne et $0^{gr},0002$ de sublimé. Je me sers habituellement de petits carrés d'un centimètre et demi de la gélatine, dont je retranche les angles, et en même temps je fais de petites entailles sur un des côtés du petit carré. Le morceau de gélatine ainsi préparé, je le saisis avec une pince fine et plate, et après l'avoir préalablement trempé dans de l'eau chaude, je glisse son bord non entaillé sous la paupière supérieure; j'engage ensuite le bord entaillé au-dessous du bord palpébral inférieur et je referme l'œil, en appliquant par-dessus un bandage compressif.

Les résultats de ce pansement ont été jusqu'à présent on ne peut plus satisfaisants; je l'ai appliqué chez plusieurs de mes opérés de la cataracte, et la réunion par première intention avec coaptation complète des bords de la plaie a été des plus rapides. Je n'ouvre habituellement l'œil de mes opérés de la cataracte qu'après quarante-huit ou soixante-douze heures et j'ai toujours trouvé la plaie réunie et l'œil presque complètement guéri, de sorte que j'ai pu enlever le bandeau dès le quatrième ou cinquième jour. Quant aux feuilles de gélatine, je n'en ai jamais trouvé dans l'œil la moindre trace, ce qui prouve qu'elles se dissolvent complètement dans les larmes.

Quelques-uns de mes malades se sont plaints d'une cuisson et de picotements après le pansement, pendant une demi-heure ou une heure; d'autres n'ont accusé des sensations de chaleur ou de gravier que pendant la première nuit, mais jamais assez fortes pour qu'on ait eu besoin d'intervenir.

Nous avons déjà employé ce pansement gélatineux dans soixante-cinq cas d'extraction de la cataracte, dans une opération de staphylome conique et dans quatre cas d'ulcères rongeants de la cornée, et dans tous ces cas nous avons obtenu une réunion par première intention, sans qu'il s'ensuive la moindre trace d'irritation.

Un de mes opérés de la cataracte avait une dacryocystite suppurative ancienne avec une cataracte aux deux yeux; habitant la campagne, il ne voulait pas attendre qu'on le guérisse de son affection lacrymale, sachant que cela demanderait un temps relativement long. J'ai dû l'opérer malgré la suppuration du sac lacrymal; le pansement avec de la gélatine a donné le résultat aussi satisfaisant que dans tous les autres cas; dès le quatrième jour la plaie était réunie par première intention, nous avons pu supprimer dès ce jour-là le bandeau, ce qui nous a permis de faire les jours suivants le cathétérisme du canal nasal.

Voici du reste l'observation détaillée de ce cas, elle a été recueillie et rédigée par mon sous-chef de clinique, M. Despagnet.

OBSERVATION

Cataracte droite opérée. — Sac lacrymal suppuré. — Pansement gélatiné. — Guérison. — Rétablissement complet de la vue.

M. Thomassin, âgé de soixante-douze ans, cultivateur à Gouvieux (Oise) a une double cataracte complète à gauche. On opère ce dernier œil à la clinique le 28 septembre 1885. L'opération se fait par le procédé que M. Galezowski emploie depuis plus de trois ans : lambeau supérieur cornéen et sans iridectomie. On fait le nouveau pansement avec l'application d'une plaque de gélatine antiseptique sur la plaie. Le malade avait antérieurement un larmoiement du même œil pour lequel on avait incisé le point lacrymal inférieur et pratiqué depuis huit jours le cathétérisme. Le larmoiement et la conjonctivite consécutive ont été suffisamment atténués pour qu'on ait pu pratiquer l'extraction de la cataracte.

Le lendemain de l'opération, le malade n'ayant éprouvé aucune douleur, on n'enlève pas le pansement. Le troisième

jour on regarde l'œil qui est superbe, la plaie est bien en coaptation, la chambre antérieure rétablie, la pupille très nette. Mais on constate que toute la région antérieure du sac est rouge, tendue, enflammée. En appuyant légèrement sur cette région, on fait sortir par le point lacrymal inférieur incisé une quantité de pus. Il s'est donc déclaré une tumeur lacrymale dans ce sac qu'on avait préalablement cathétérisé huit ou dix fois. Aussi, malgré la date récente de l'extraction, on passe de nouveau la sonde et on réapplique le pansement compressif. A partir de ce moment, tous les jours le pansement est inondé de pus. Quand on l'enlève, on trouve également l'œil baignant dans le pus venant du sac. Néanmoins l'œil reste sans réaction inflammatoire et en parfait état. Tous les jours on refait le cathétérisme, et deux fois par jour, après avoir vidé le sac par la pression extérieure, on fait des lavages de l'œil avec une solution de sublimé. Après huit jours la suppuration disparaît presque complètement, la cicatrisation de la plaie cornéenne est à peu près complète.

Le 9 octobre le malade quitte la clinique avec un œil magnifique dont l'acuité est normale $V = 1$.

Il serait superflu d'insister plus longtemps sur les avantages du pansement gélatineux antiseptique qui dès aujourd'hui, on peut le dire, a fait déjà ses preuves. Les résultats satisfaisants que nous avons obtenus jusqu'à présent nous font espérer qu'il recevra bientôt une application générale, non seulement pour le traitement des plaies cornéennes après l'extraction de la cataracte, mais aussi pour le pansement des ulcères de la cornée, des blessures, des brûlures de la cornée et de la conjonctive. On pourra y incorporer différents remèdes qui devront être mis en contact avec la cornée et agir efficacement dans les ulcères rongeants et les différentes variétés de kératites.

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, B.

Coulloton. — Imprimeries réunies, B.